



# 介護認定訪問調査連絡票

この連絡票は、訪問調査の日程調整を行うために使用致しますのでご記入をお願いします。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

申請の理由（新規・変更の場合のみ）

※介護保険で利用したいサービス

通所サービス

訪問サービス

施設入所

住宅改修

福祉用具

その他

## 1 訪問調査の対応は、ご本人一人でできますか？

立会い無。

立会い有。（本人一人ではできない。）

難聴がある。

言語障害がある。

手話通訳がいる。

視覚障害がある。

認知症がある。

その他

立会人連絡先（昼間に必ず連絡が取れるところ）

立会人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_



自宅・職場 \_\_\_\_\_



携帯 \_\_\_\_\_

## 2 調査先

自宅 施設・病院 その他・・・子の自宅等

施設・病院の場合は病棟名

その他の場合は調査先住所

## 3 本人が調査できない日

(×をつけてください。デイや病院など)

	月	火	水	木	金
午前					

## 4 施設へのショートステイ等ありますか？

※調査に支障がでますので、ある場合はご記入ください

( 曜日～ 曜日 ) 施設名 ( ) 電話番号 ( )

## 5 連絡事項 (調査の際にご希望がありましたらご記入ください。)